

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE — LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

31

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Annette RICHARD-PERSEIL

née le 18 Novembre 1942, à Paris XII^e

Présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 1970

Etude statistique et épidémiologique sur un an
de 630 suicidants pris en charge après leur
intoxication volontaire grave à l'unité
de psychiatrie de la clinique toxicologique
de l'hôpital Fernand Widal

Président : M. GAULTIER, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1970



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE — LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Annette RICHARD-PERSEIL

née le 18 Novembre 1942, à Paris XII^e

Présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 1970

**Etude statistique et épidémiologique sur un an
de 630 suicidants pris en charge après leur
intoxication volontaire grave à l'unité
de psychiatrie de la clinique toxicologique
de l'hôpital Fernand Widal**

Président : M. GAULTIER, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1970

UNIVERSITY OF LEIDEN
LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF LEIDEN

TITLE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR M. J. J. VAN DER WERF
M.D. 1870

Présenté par M. J. J. Van der Werf, le 12 Mars 1870

Étude statistique et épidémiologique sur la
de 1835 subsistant sur ce terrain après une
introduction rétrospective grave à l'unité
de psychiatrie de la clinique psychiatrique
de l'Hôtel-Dieu de Paris



Univ. of Leiden, Leiden, Holland

1870
J. J. VAN DER WERF
M.D. 1870
1870

A MES PARENTS

A MA MARRAINE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL GAULTIER

Professeur de Clinique Toxicologique
(Hôpital Fernand-Widal)
Médecin des Hôpitaux

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence du jury de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-PIERRE SOUBRIER

Chef de Clinique

Médecin de l'Infirmerie Psychiatrique

*Un témoignage reconnaissant et profonde
gratitude.*

PLAN

INTRODUCTION

CHAPITRE I : Etude statistique de la population totale

- 1) *Etude du nombre des malades*
- 2) *Etude de l'âge*

CHAPITRE II : Etude statistique des jeunes

- 1) *Etude du nombre*
- 2) *Etude de l'âge*

CHAPITRE III : Etude comparative entre adultes et jeunes

CHAPITRE IV : Etude des récidivistes

CONCLUSIONS

INTRODUCTION — CRITIQUE

— Description du Centre de Pathologie toxique

a) Ses locaux

b) Equipe psychiatrique et ses fonctions

— Discussion

Les travaux présentés dans cet ouvrage ont été effectués à partir des « carnets de mouvements », livres du Service où sont notés chaque jour, le nombre, les noms, l'âge des malades entrant et sortant. En fait, il faut tenir compte d'une part d'erreur ; ce ne sont que des documents du Service lui-même et parfois ne sont pas notés certains de ces renseignements, notamment l'âge (malades dans le coma, seuls, non accompagnés...). Il n'en reste pas moins que ces documents ont une valeur récapitulative précieuse et qu'ils permettent de faire assez rapidement un bilan statistique approximatif.

Cette rectification faite, il convient tout d'abord de décrire le Centre de Pathologie toxique.

I. — Description du Centre

A) Les locaux

Ce Centre est constitué de deux salles de malades séparées par une porte.

La première salle est celle des « comas » où sont accueillis les intoxiqués graves, ceux qui arrivent par définition dans « le coma ». Elle concerne les intoxiqués accidentels (exemple : oxyde de carbone, trichloréthylène, champignons) et les intoxiqués volontaires, hélas majoritaires.

Dans cette salle leur sont donnés les soins d'une réanimation spécialisée. C'est le domaine du « soma ». Leur séjour dure approximativement trois à quatre jours.

Dès que les problèmes somatiques sont réglés, se fait le passage dans la seconde salle. Les malades « franchissent » la porte pour être accueillis dans la salle « Lecorché » ou « salle des post-comas » : UNITE DE PSYCHIATRIE.

Pourquoi ce passage ?

1° Tout d'abord pour une raison d'organisation pratique ; celle du nombre de lits, le passage dans la « salle des post-comas » permettant de libérer des lits pour les nouveaux entrants.

2° Mais surtout, le service de la salle Lecorché est le domaine du « psyché ». Le corps soigné, il reste à soigner « l'esprit » et c'est là le travail le plus long.

B) Equipe psychiatrique et ses fonctions

Le Service de la *salle Lecorché* * dispose d'une équipe spécialisée constituée par :

- un psychiatre assistant de la salle ;
- un interne ;
- plusieurs externes ;
- une équipe d'infirmières non spécialisées ;
- un service social approprié ;

ce qui permet la prise en charge de ces malades sur le plan psychiatrique après leur réveil, dès le passage dans cette salle.

(*) *Salle Lecorché* : bien souvent appelée « L'écorché », ce qui est douloureusement vécu par une bonne partie des malades ; le changement de ce nom serait d'un intérêt psychologique.

Là, en effet, se fait l'évaluation « du malade », à savoir :

- le bilan et le diagnostic éventuel d'une maladie mentale confirmée ;
- le traitement ;
- l'orientation ;
- la prophylaxie des rechutes et des récidives.

L'étude du malade se fait par des entretiens successifs qui permettent de préciser :

- les antécédents personnels et familiaux (nombre de tentatives de suicide, fugues, délits, séjours en milieu psychiatrique) ;
- les motivations du passage à l'acte, l'état dépressif, le comportement du malade, son évolution, le *dépistage* des maladies mentales débutantes éventuelles ;
- les conflits, les problèmes ;
- *l'environnement avec l'insertion sociale et familiale* ;
- les contacts pris avec l'entourage du malade (famille surtout, amis, employeurs) permettent une confrontation des problèmes.

Ainsi, *entouré, soutenu*, non seulement par un cadre médical, mais également par les autres malades (effet bénéfique de groupe, participation des autres malades dans une même chambre), le malade a la possibilité de :

- faire « le point » ;
- de résoudre ses problèmes ou sinon de les résoudre, du moins d'en prendre conscience ;
- d'envisager l'avenir et les solutions éventuelles grâce au psychiatre et à son équipe qui le comprend, le conseille, et c'est un des rôles principaux du Service que celui de la prévention, de la prophylaxie des récidives. (Il est à noter qu'il n'y a pas eu de tentative de suicide dans la salle Lécorché durant l'année 1969.)

Nous ne nous intéressons ici qu'aux intoxications volontaires, c'est-à-dire aux « suicidants ».

II. — Discussion

La fréquence des suicides et le nombre des tentatives connus sont toujours inférieurs à la réalité.

En effet, il est impossible de chiffrer des tentatives plus ou moins cachées par la famille (pour qui le suicide est souvent un sujet tabou, à rapprocher des maladies mentales), plus ou moins méconnues dans leur valeur par le médecin mal informé et souvent victime d'un manque de liaison et d'information.

Le but de cette étude est de faire une analyse de chiffres pour souligner la gravité et l'ampleur du problème, souvent méconnu, et de le poser dès le départ au stade de la *prévention*.

CHAPITRE I

ETUDE DE LA POPULATION TOTALE (ANNEE 1969)

I — ETUDE DU NOMBRE DES MALADES

- 1) Nombre et sexe
 - a) *Salle des comas*
 - b) *Salle Lecorché (unité de psychiatrie)*
- 2) Fréquence des malades au cours d'un an

II — ETUDE DE L'AGE DES MALADES

- 1) Age moyen
 - 2) Nombre de malades en fonction de l'âge
- Pourcentage récapitulatif

I. — Etude du nombre des malades

1) NOMBRE ET SEXE

Le nombre total des malades hospitalisés dans le Service « coma - post-coma », durant l'année 1969, est de 1.031. Bien que ne nous intéressant qu'au Service de la salle Lécorché, nous parlons du Service coma :

- d'abord parce que c'est là que sont admis, soignés sur le plan somatique la plupart des malades ;
- ensuite parce qu'un certain pourcentage non négligeable des malades de cette salle, comme nous allons le voir par la suite, sont renvoyés dans leur Service psychiatrique d'origine, sans passer par la salle Lécorché, pourcentage qui représente donc un certain nombre de malades mentaux confirmés.

Nous allons considérer respectivement les chiffres de la salle des comas et ceux de la salle Lécorché.

A) Salle des comas

- *Entrées notées : 897*
- dont 606 femmes
- 291 hommes

La proportion des femmes est plus importante que celle des hommes : 67,7 % de femmes contre 32,3 % d'hommes.

Que deviennent ces malades ?

- 496 passent dans la salle Lécorché.
- 313 sont dirigés :
 - soit vers l'hôpital général d'origine ou de la région du sujet (car problèmes somatiques, intoxications accidentelles) : 242 ;
 - soit vers le Service psychiatrique spécialisé d'origine : 71. et l'on sait que ceux-là ont des antécédents psychiatriques connus.
- 69 sont décédés.

Au total, cela fait 878. Le reste, soit 19 malades, se subdivise ainsi :

- 1 disparue ?
- 1 évasion (soit deux fugues) ;
- 3 sorties sur demande (contre avis médical) ;
- 1 signalé directement à l'O.P.H.S. ;
- 1 suivi en consultation par le psychiatre de l'unité de psychiatrie.

Il reste 9 malades représentant les intoxications accidentelles, ce qui avec les 242 renvoyés en hôpital général d'origine fait 251 malades, pouvant représenter approximativement le nombre total des intoxications accidentelles en un an.

B) Unité de psychiatrie (salle Lécorché)

- *Entrées notées : 630*

dont 459 femmes

171 hommes

Soit 73 % de femmes et 27 % d'hommes.

D'où viennent ces malades ?

- 496 viennent des comas (nous venons de le voir);
- 134 sont *directement admis* à Lécorché par l'intermédiaire du Service Porte sans passer par la salle des comas, car leur état somatique ne nécessite pas une réanimation aussi intense.

Donc, sur 630 malades entrés à Lécorché :

- 78,7 % sont venus de la salle des comas ;
- 21,3 % sont entrés directement.

Tableau I : Salle « Lécorché »
Chiffres portant sur 630 malades :
origine, sexe, pourcentages

Nombre Femmes	Nombre Hommes	Entrées Directes	Venant des comas
459	171	134	496
73 %	27 %	21,3 %	78,7 %

Que deviennent ces malades ?

Sur les 630 :

- 183 sont dirigés :
 - 66 en hôpital général d'origine (parce que ne venant pas de la région de Paris);

- 117 en Service spécialisé psychiatrique ; chiffre important que l'on peut ajouter aux 71 de la salle des comas renvoyés en milieu psychiatrique d'origine, ce qui fait 188 malades mentaux confirmés.
- 23 sont envoyés en maison de repos simple.
- 41 sont signalés à l'O.P.H.S. (avec l'accord du malade).
- 51 sont sortis sur leur demande ; chiffre important, car ce sont des malades qui ne se sont pas intégrés à une surveillance médicale. Nous les signalons toutefois à l'O.P.H.S., dispensaire de leur secteur quand il existe, avec un résumé d'observation.
- 53 devaient revenir en consultation, suivis par le psychiatre du Service. Sur ces 53 malades, 10 ne sont jamais revenus, mais furent signalés à l'O.P.H.S.
- 2 morts dans la salle Lécorché elle-même par embolie pulmonaire tardive.

Cela fait un total de 353 malades ; restent : $630 - 353 = 277$.

- Ces 277 malades sont renvoyés chez eux, mais « non dans la nature ». En effet, certains sont renvoyés à leur médecin traitant ou à un psychiatre, d'autres sont renvoyés chez eux, entourés d'un contexte familial valable *psychologiquement* (Paris, région parisienne), et d'autres enfin à la campagne, en convalescence, chez des amis, soit toujours « soutenus » (car en bonne relation avec le médecin traitant).

Les *Schémas I, II, III* résument « le mouvement » de ces malades : entrées, sorties, ventilation.

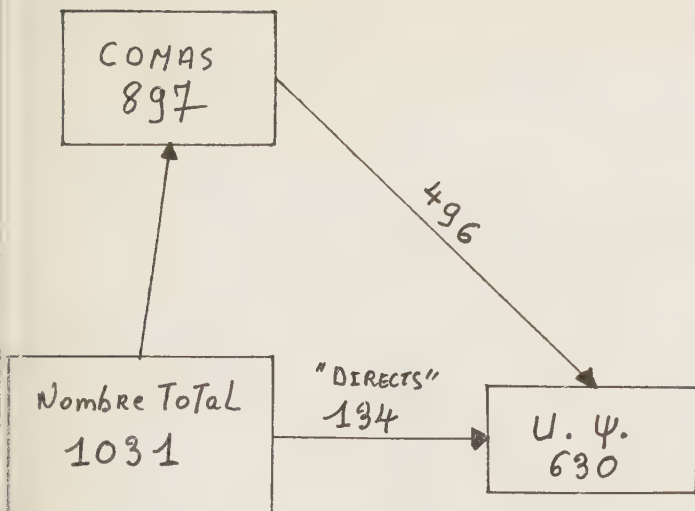


Schéma I : « Les entrées »
à Lécorché. Unité psychiatrique

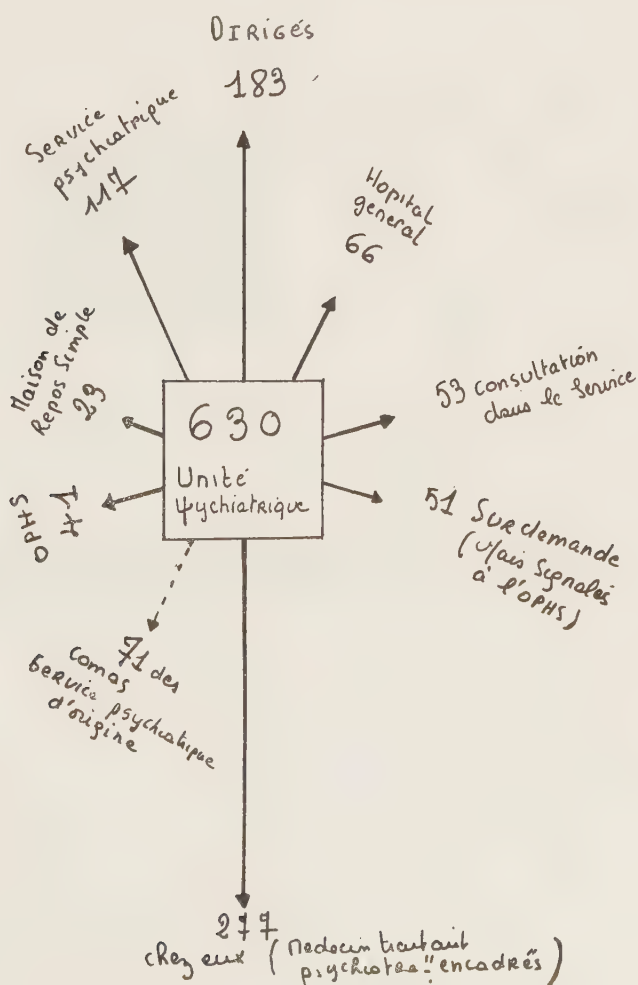


Schéma II : Sortie des
malades. « Ventilation ».

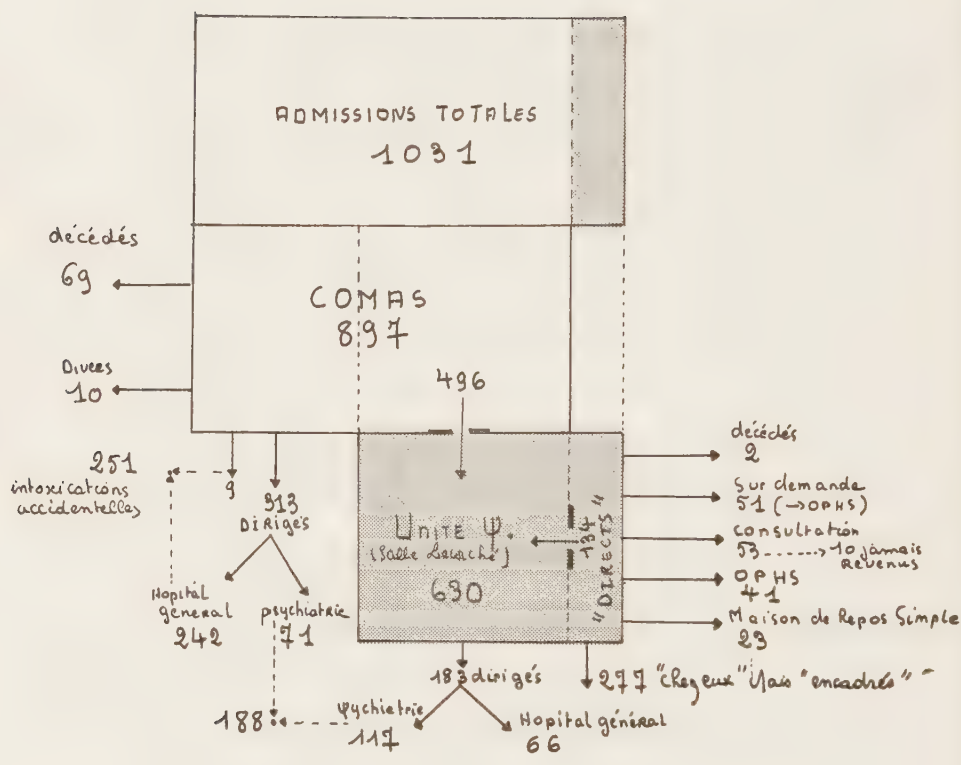
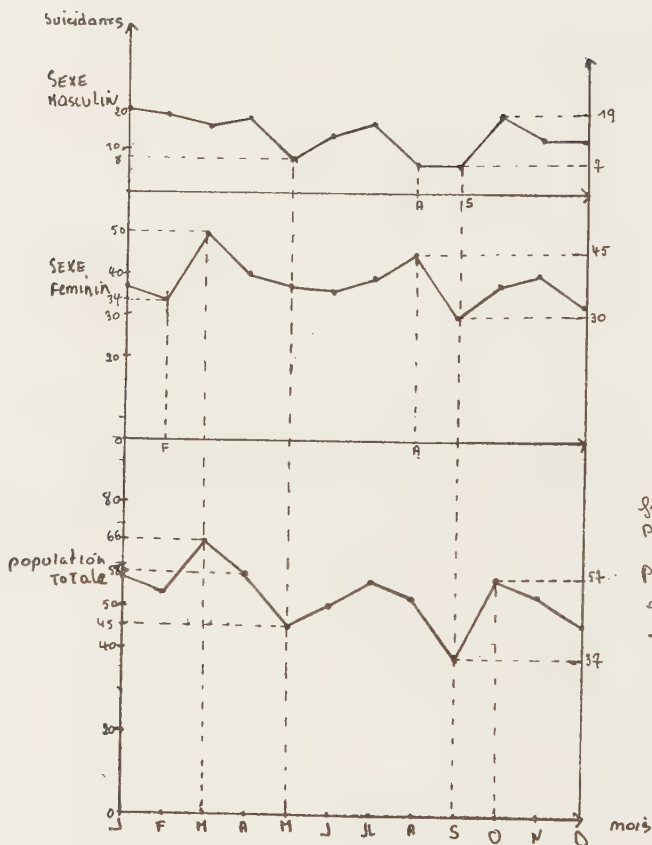


Schéma III : Centre de Pathologie toxique.
« Mouvement » des malades (année 1969)



- approximativement, la fréquence des T.S. est plus importante en Mars, plus faible en Octobre quelque soit le Sexe.
- Superposition sensible des 3 courbes.

Schéma IV : Fréquence par mois, au cours d'un an, des suicides.
Population totale.

Tableau II : Salle « Lécorché »
Année 1969

<i>Mois</i>	♀	♂	♀ + ♂	<i>Directs</i>	<i>Venant des comas</i>
Janvier	37	20	57	7	48
Février	34	19	53	12	41
Mars	50	16	66	11	55
Avril	40	18	58	16	43
Mai	37	8	45	12	31
Juin	36	14	50	8	42
Juillet	39	17	56	16	39
Août	45	7	52	20	33
Septembre ..	30	7	37	6	31
Octobre	38	19	57	10	45
Novembre *	40	13	53	11	41
Décembre ..	33	13	46	5	41
<i>Total :</i>	459	171	630	134	496

II. — Etude de l'âge des malades

Cette étude est faite sur un nombre de 628 malades (en effet, il n'a pas été possible de retrouver l'âge de deux malades).

L'échelle des âges durant cette année est très vaste, puisqu'elle s'étend en effet de l'âge de 13 ans à l'âge de 84 ans. Il s'agit d'ailleurs pour ces deux extrêmes de personnes de sexe féminin (d'un bout à l'autre de l'échelle, prédominance du sexe féminin).

(Nous laissons volontairement de côté dans ce chapitre l'étude des « jeunes », classés dans une catégorie de 13 à 21 ans compris dont une étude spéciale est faite au chapitre suivant.)

1) ETUDE DE L'AGE MOYEN

Si l'on étudie l'âge moyen total des malades en un an, on s'aperçoit qu'il est assez jeune. En effet, l'âge moyen total en un an, sans discrimination de sexe, est de 32 ans.

En étudiant l'âge moyen total en un an, en fonction du sexe, l'on voit que :

- pour les femmes, il est de 31,7 ans ;
- pour les hommes, il est de 32,8 ans.

Par an

Age moyen total sans discrimination de sexe	Age moyen total féminin	Age moyen total masculin
32 ans	31,7 ans	32,8 ans

L'âge moyen total est donc à peine plus faible pour les femmes.

Si l'on étudie l'âge moyen en fonction des mois de l'année maintenant, on peut individualiser trois courbes (Tableau III ; Schémas V, VI, VII).

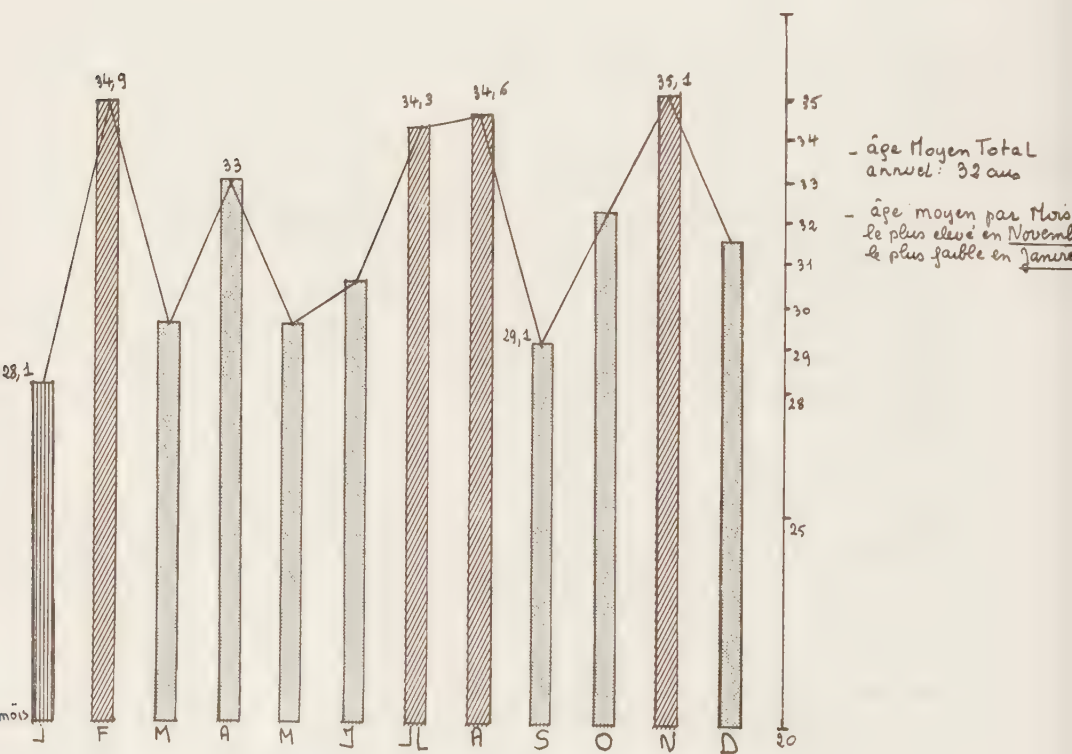


Schéma V : Age moyen sans discrimination de sexe, par mois.

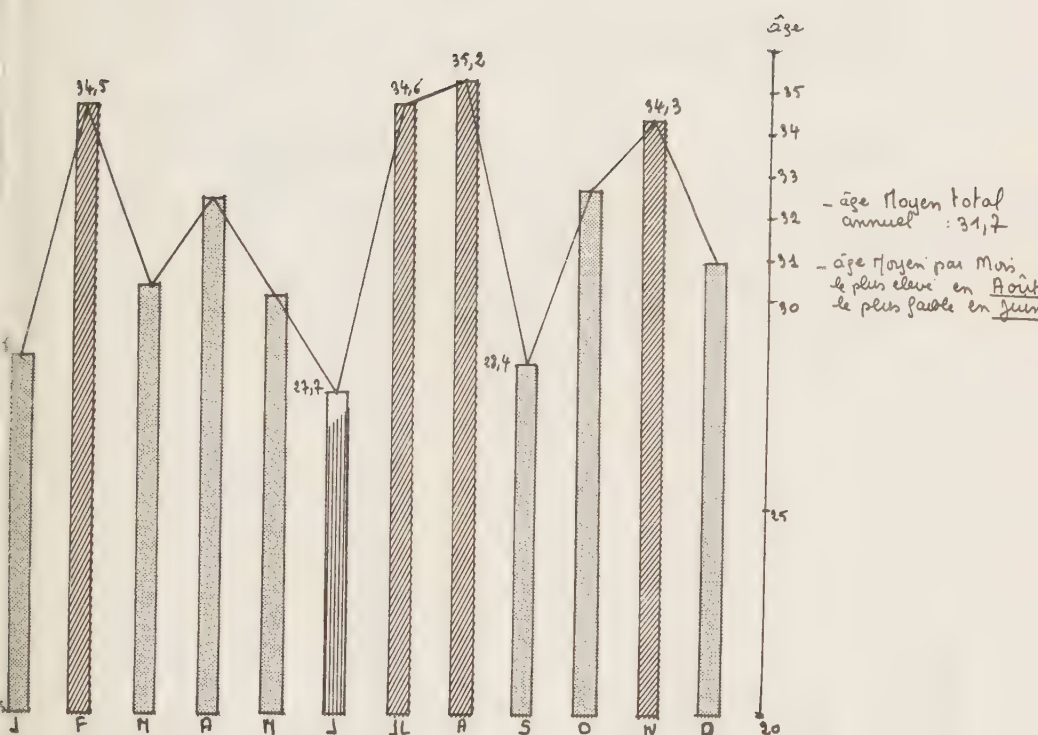


Schéma VI : Age moyen par mois pour les femmes

a) COURBE DE L'ÂGE MOYEN EN FONCTION DES MOIS DE L'ANNÉE SANS DISCRIMINATION DE SEXE (Schéma V) :

L'âge moyen le plus élevé se situe en novembre (35,1 ans); viennent ensuite les mois de février (34,9), août (34,6), juillet (34,3).

L'âge moyen le plus faible se situe au mois de janvier (28,1); le reste oscille pour les autres mois entre 29,1 et 33 ans.

b) COURBE DE L'ÂGE MOYEN CHEZ LES FEMMES (Schéma VI) :

L'âge moyen le plus élevé se situe au mois d'août (35,2); viennent ensuite les mois de juillet (34,6), février (34,5), novembre (34,3).

L'âge moyen le plus faible se situe au mois de juin (27,7); le reste oscille pour les autres mois entre 28,4 et 32,6.

c) COURBE DE L'ÂGE MOYEN CHEZ LES HOMMES (Schéma VII) :

L'âge moyen le plus élevé se situe au mois de novembre (39,3); viennent ensuite les mois de juin (37,8), février (35).

L'âge moyen le plus faible se situe au mois de janvier (27,2); le reste oscille pour les autres mois entre 28 et 34 ans.

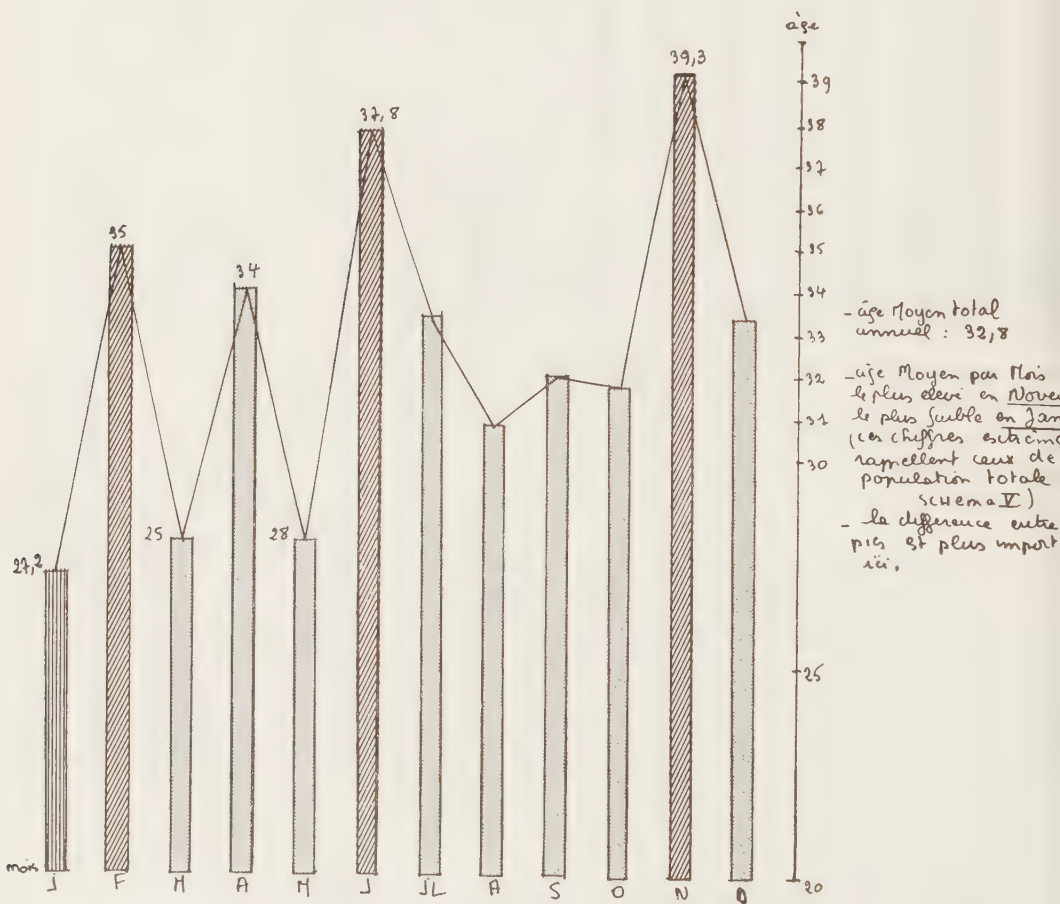


Schéma VII : Age moyen par mois pour les hommes

En comparant les courbes de sexe différent, on voit que la différence entre les pics est plus importante pour les *hommes* :

maximum : 39,2

novembre

minimum : 27,2

janvier

que pour les *femmes* :

maximum : 35

août

minimum : 27,7

juin

et que les pics extrêmes ne se trouvent pas aux mêmes mois.

Par contre, la courbe des sujets masculins se rapproche davantage de la courbe de la population totale :

— pic maximum en novembre ;

— pic minimum en janvier ;

(alors que le pourcentage de femmes sur la population totale est plus importante).

« *Les sujets plus âgés se suicident en novembre ; les plus jeunes en janvier.* »

Tableau III : Age moyen par mois

Mois	S F	S M	F + M
Janvier	28,5	27,2	28,1
Février	34,5	35	34,9
Mars	32	28	29,6
Avril	32,3	34	33
Mai	30	28	29,6
Juin	27,7	37,8	36
Juillet	34,6	33,4	34,3
Août	35,2	38	34,6
Septembre	28,4	32	29,1
Octobre	32,6	31,7	32,3
Novembre	34,3	39,2	35,1
Décembre	39	33,3	31,6
Age moyen Total	31,7	32,8	32

2) ETUDE DU NOMBRE DE MALADES EN FONCTION DE L'AGE (Tableau IV — Schéma VIII)

Cette étude est faite en divisant l'échelle des âges en tranches de 3 ans. Les deux extrêmes sont : les malades ayant jusqu'à 15 ans compris, et ayant plus de 70 ans.

Si l'on se reporte au schéma, on s'aperçoit que la courbe du nombre de malades en fonction de ces divisions de 3 ans augmente presque progressivement jusqu'à un pic.

Ce pic correspond à la tranche d'âge 26-35 ans compris et marque l'âge moyen annuel total de 32 ans.

Donc, la fréquence la plus importante de tentative de suicide se situe entre 26 et 35 ans, avec un maximum à 32 ans.

La courbe redescend ensuite assez régulièrement jusqu'à un minimum de 6 malades âgés de plus de 70 ans. Cette dernière tranche de vie comprend :

- au mois de mars : 2 femmes âgées de 77 et 84 ans ;
- au mois d'avril : 2 femmes de 74 et 75 ans ;
- au mois de juillet : 1 homme de 71 ans, 1 femme de 84 ans.

Là encore le pourcentage de femmes est le plus important : 5 femmes pour 1 homme.

Le nombre de tentatives de suicide chez les personnes âgées de plus de 70 ans est assez faible : 6 malades sur 628 dénombrés en un an, soit 0,9 % de la population totale.

L'on peut poser ici le problème des tentatives de suicide des sujets âgés : difficulté de recensement, *suicides méconnus des vieillards*, hospitalisation des personnes âgées comateuses, vivant seules, et qui meurent d'une étiologie assez imprécise, difficultés de diagnostic.

EN CONCLUSION

Tout au long de ce chapitre concernant la population totale, nous avons pu constater :

**Tableau IV : Nombre de malades
en fonction de l'âge**

TRANCHE D'ÂGE	JUSQU'À 15 ANS	16 / 18	19 / 21	22 / 25	26 / 35	36 / 45	46 / 70	PLUS DE 70 ANS
Janvier	4	9	7	3	24	5	5	0
Février	1	5	3	7	17	7	13	0
Mars	1	10	15	12	11	9	6	2
Avril	0	5	6	9	20	10	6	2
Mai	3	2	6	6	14	10	4	0
Juin	3	6	5	9	10	12	5	0
Juillet	0	3	4	14	13	14	6	2
Août	1	6	5	12	6	8	14	0
Septembre	3	3	8	5	5	10	3	0
Octobre	1	4	4	4	21	15	6	0
Novembre	5	3	1	7	16	5	16	0
Décembre	1	8	5	7	8	6	12	0
Total sur un an	23	64	69	95	165	111	96	6

— Sur les 630 malades hospitalisés à l'unité psychiatrique, le pourcentage de femmes est plus important que celui des hommes (73 % contre 27 %).

— La fréquence des suicides est plus grande aux mois de mars et octobre, plus faible en septembre et mai, avec recrudescence en juillet et août, enfin peu importante en hiver, et cela approximativement quel que soit le sexe.

— L'âge moyen total annuel est jeune : 32 ans, 31,7 pour les femmes, 32,8 pour les hommes.

— La tranche d'âge où les tentatives de suicide sont les plus nombreuses se situe entre 26 et 35 ans compris (avec un maximum à 32 ans, âge moyen total annuel).

— Les sujets les plus jeunes se suicident en janvier, les plus âgés en novembre.

Nous avons relevé peu de tentatives de suicide chez les personnes âgées de plus de 70 ans (6 T.S.), mais nous connaissons le problème du suicide méconnu des vieillards.

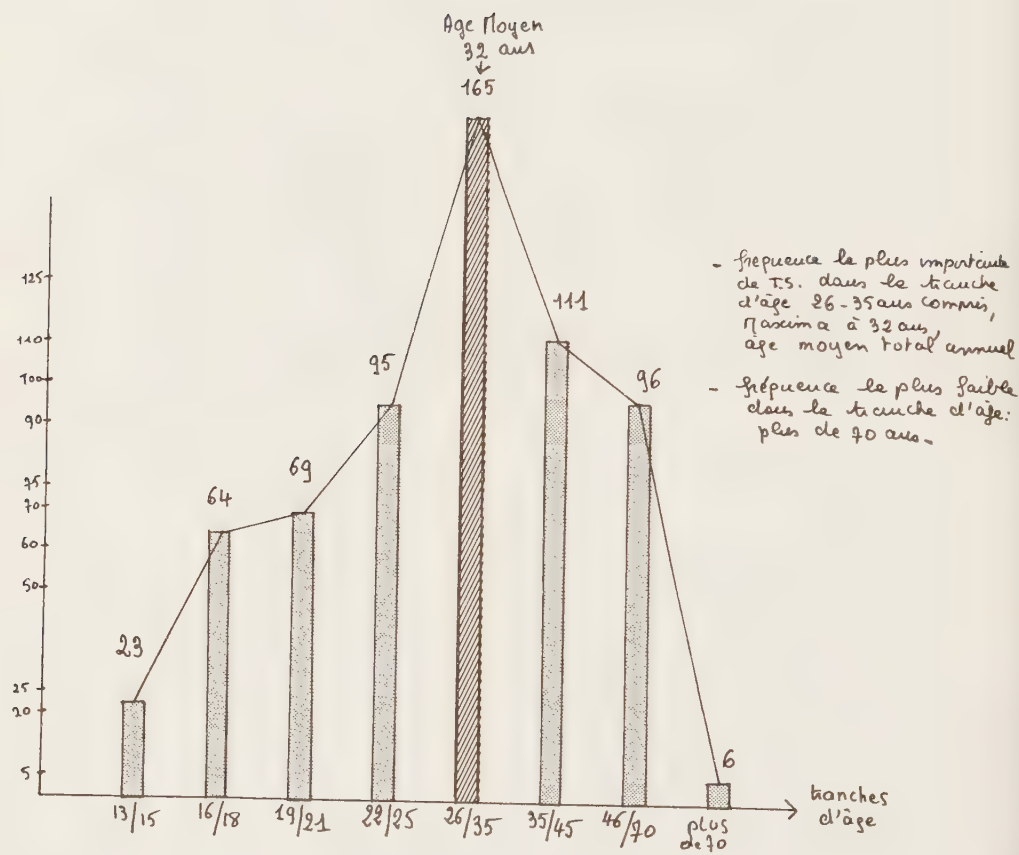


Schéma VIII: Nombre de malades
en fonction des tranches d'âge de trois ans

Tableau V : Récapitulation

TRANCHES D'ÂGE	Jusqu'à 15 ans compris	de 16 à 18 ans compris	de 19 à 21 ans compris	de 22 à 25 ans compris	de 26 à 35 ans compris	de 36 à 45 ans compris	de 46 à 70 ans compris	plus de 70 ans compris
Nombre total de malades	23	64	69	95	165	111	96	6
Moyenne par mois	1,9	5,3	5,7	7,9	13,7	9	8	0,5
Pourcentage sur 628 malades	3,6 %	10,2 %	11 %	15,2 %	26,4 %	17,7 %	15,3 %	0,9 %

Récapitulation
(Tableau V)

C'est dans la tranche d'âge de 26 à 35 ans compris que les chiffres sont les plus importants et que se situe l'âge moyen total de 32 ans.

CHAPITRE II

ETUDE DES JEUNES

I — ETUDE DU NOMBRE DES JEUNES

- 1) Nombre et sexe
- 2) Fréquence par mois au cours d'un an

II — ETUDE DE L'ÂGE DES JEUNES

- 1) Âge moyen
 - 2) Nombre en fonction de l'âge
- Pourcentage récapitulatif

BILAN STATISTIQUE CONCERNANT LES JEUNES

Le problème des tentatives de suicides chez les jeunes est un problème majeur, tant par leur nombre et leur augmentation croissante, que par leur tout jeune âge et le pronostic d'avenir.

Nous avons classé ces sujets depuis l'âge de 13 ans (puisque c'est l'âge le plus faible noté durant l'année 1969) jusqu'à l'âge de *21 ans compris*. Nonobstant que les jeunes pourraient être compris dans une tranche plus large, jusqu'à environ 25 ans, selon le degré de maturité, d'insertion sociale, de contexte estudiantin ou universitaire.

I. — Etude du nombre

1) NOMBRE TOTAL DE JEUNES

Le nombre total de ces jeunes est de 156, dont :

- 117 sujets féminins ;
- 39 sujets masculins (75 % de filles contre 25 % de garçons).

Ce nombre représente donc 23,6 % du nombre total des malades de l'année 1969.

2) NOMBRE DE TENTATIVES PAR MOIS CHEZ CES JEUNES AU COURS D'UN AN

Nous avons individualisé trois courbes correspondant respectivement :

- au nombre total de jeunes sans discrimination de sexe ;
- au nombre total de jeunes de sexe féminin ;
- au nombre total de jeunes de sexe masculin ;

ce en fonction des mois de l'année, et nous avons constaté (*Tableau VI* et *Schéma IX*).

Tableau VI : Nombre de tentatives de suicides par mois, au cours d'un an, chez les jeunes

	S F	S M	F + M
Janvier	12	8	20
Février	15	4	9
Mars	18	8	26
Avril	9	2	11
Mai	8	2	11
Juin	12	2	14
Juillet	7	0	7
Août	10	2	12
Septembre	11	3	14
Octobre	6	3	9
Novembre	7	2	9
Décembre	11	3	14
Total	117	39	156

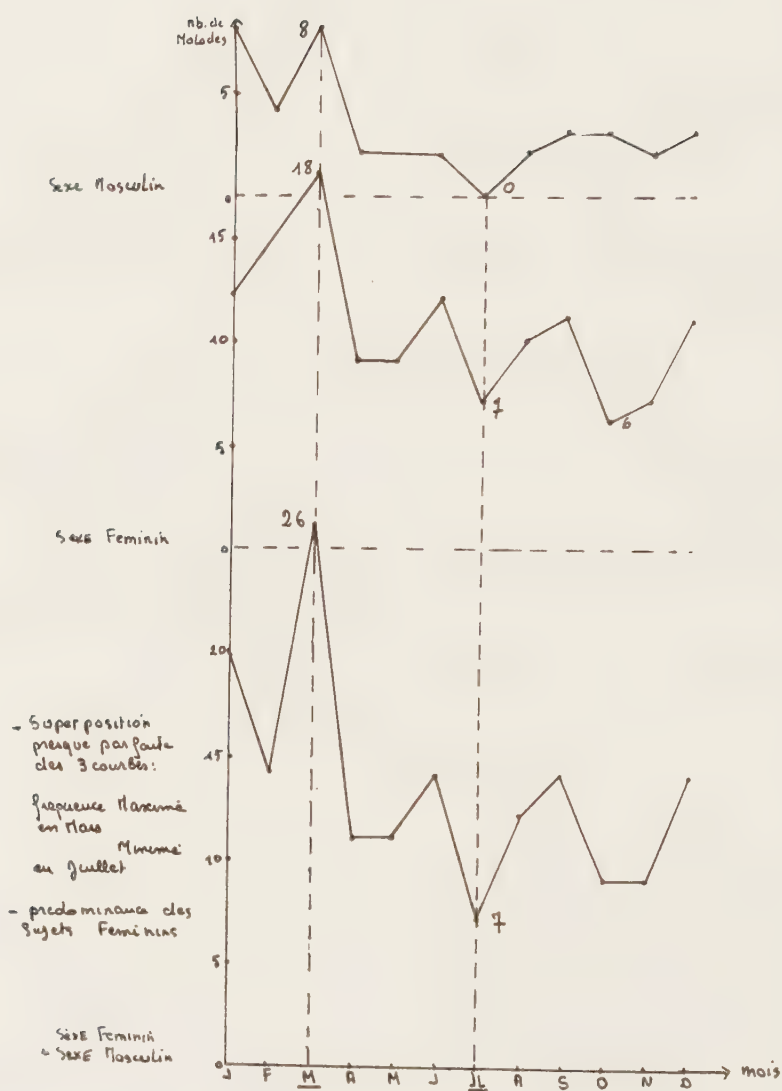


Schéma IX : Fréquence des tentatives de suicide par mois, chez les jeunes au cours d'un an.

a) LA COURBE DU NOMBRE TOTAL DE JEUNES SANS DISCRIMINATION DE SEXE présente :

- un maximum au mois de mars (avec 26 malades);
- un minimum au mois de juillet (7 malades).

b) LA COURBE DES SUJETS DE SEXE FÉMININ présente :

- un maximum au mois de mars (18 malades);
- un minimum au mois de juillet (7 malades); octobre (6 malades).

c) LA COURBE DES SUJETS DU SEXE MASCULIN présente :

- un maximum au mois de mars (8 malades);
- un minimum au mois de juillet (0 % de malades).

Il n'y a pas eu de tentative de suicides au mois de juillet chez les sujets de sexe masculin.

Il résulte de ces trois courbes :

- une superposition presque parfaite avec des pics maximum et minimum aux mois de mars et de juillet ;
- des chiffres plus faibles chez les sujets du sexe masculin, cela étant dû à la prédominance des sujets de sexe féminin (ce que nous savons déjà).

II. — Etude de l'âge

1) AGE MOYEN

L'âge moyen total de ces jeunes en un an est de 18 ans.

Malgré la prédominance importante des sujets féminins, cet *âge moyen* est le même pour les deux sexes.

Si l'on étudie la courbe représentant l'âge moyen en fonction des douze mois de l'année (*Tableau VII, Schéma X*), l'on voit que :

- l'âge maximum moyen se situe aux mois de juillet : 19,1 ; mars : 19 ;
- et que l'âge moyen minimum se situe au mois de novembre : 16,1.

Tableau VII : Ages moyens par mois
durant les différents mois de l'année

	P	M	F + M
Janvier	17,5	17,2	17,5
Février	16,4	19,2	17,6
Mars	19	19,4	19
Avril	19,2	18,5	17,2
Mai	17,5	18,5	17,7
Juin	17,5	19	17,7
Juillet	19,1	0	19,1
Août	17,9	21	18,4
Septembre	18,3	19,3	18,5
Octobre	18,5	18	18,3
Novembre	16,2	15,5	16,1
Décembre	18	16,6	17,7

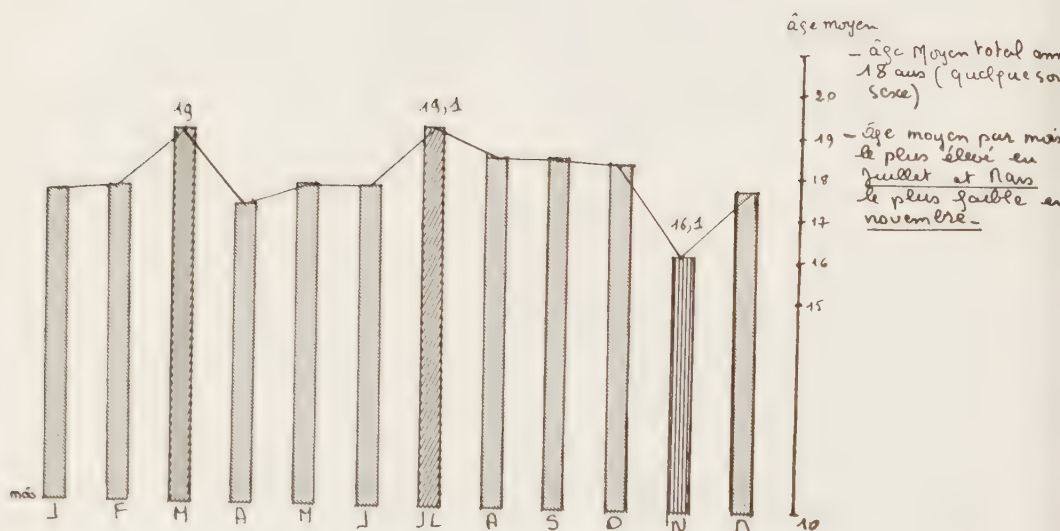


Schéma X : Age moyen par mois
en fonction des différents mois de l'année, chez les jeunes.

Cette courbe oscille faiblement entre ces différentes extrêmes aux alentours de l'âge de 18 ans (âge moyen total).

2) ETUDE DU NOMBRE DE CES JEUNES EN FONCTION DE L'ÂGE

On a subdivisé en trois tranches d'âge cette période de la vie qui va de 13 ans à 21 ans compris :

- de 13 à 15 ans compris ;
- de 16 à 18 ans compris ;
- de 19 à 21 ans compris ;

et l'on s'est aperçu que le nombre total de ces sujets augmentait successivement avec ces trois tranches, soit respectivement : 23 - 64 - 69.

Si l'on individualise le sexe maintenant, on constate que cette progression se retrouve pour le sexe féminin, puisque l'on a respectivement selon les tranches : 20 - 46 - 51, mais non pour le sexe masculin (3 - 18 - 18) (*Tableau VIII, Schéma XI*).

*Tableau VIII : Nombre de jeunes par mois,
en fonction de l'âge (par tranche d'âge de trois ans)*

	Jusqu'à 15 ans compris		16 à 18 ans compris		19 à 21 ans compris	
	F	M	F	M	F	M
Janvier	2	2	6	3	4	3
Février	1	0	4	1	0	3
Mars	1	0	6	4	11	4
Avril	0	0	4	1	5	1
Mai	3	0	1	1	5	1
Juin	3	0	5	1	4	1
Juillet	0	0	3	0	4	0
Août	1	0	6	0	3	2
Septembre	3	0	2	1	6	2
Octobre	1	0	2	2	3	1
Novembre	4	1	2	1	1	0
Décembre	1	0	5	3	5	0
Total	20	3	46	18	51	18
	23		64		69	

Nombre total de jeunes : 156
(dont 117 féminins et 39 masculins)

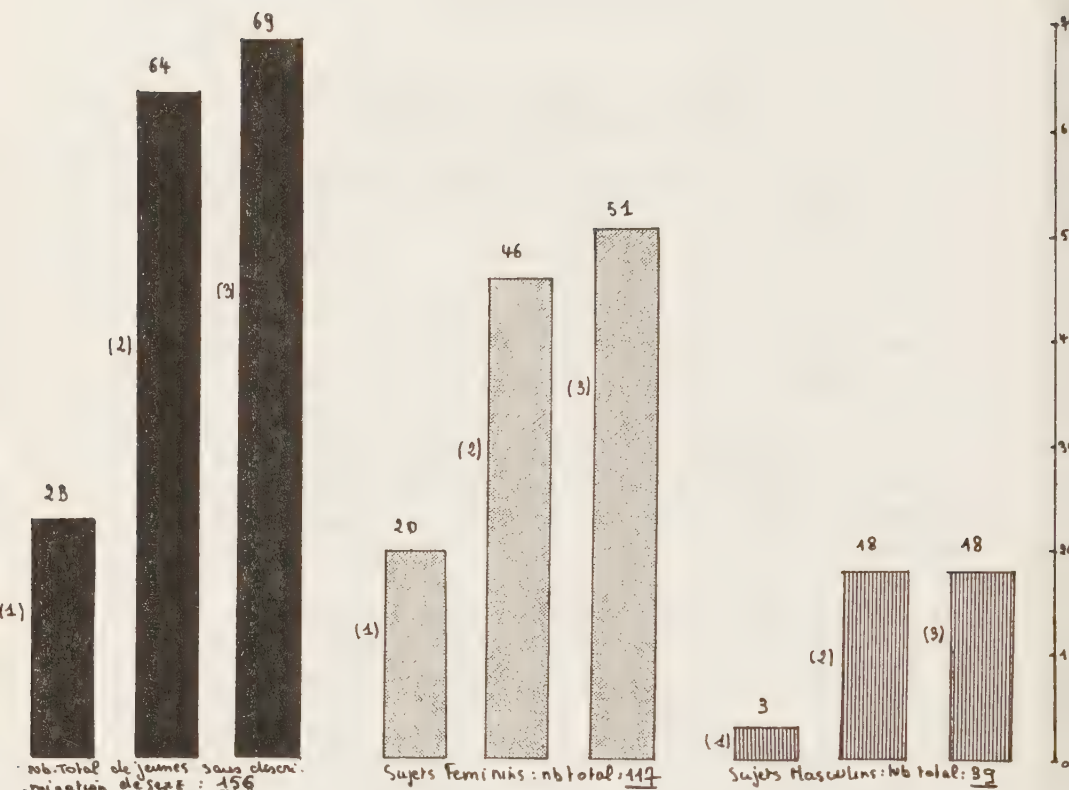


Schéma XI : Nombre de jeunes en fonction de l'âge
(13 à 21 ans compris).

Subdivision en trois tranches d'âge : 13 à 15 ans compris (1); 16 à 18 ans compris (2); 19 à 21 ans compris (3).

(Augmentation progressive du nombre selon ces trois tranches d'âge, sauf pour le sexe masculin ; prédominance des sujets féminins.)

Là aussi, on retrouve la prédominance du sexe féminin.

L'âge le plus jeune noté est de 13 ans ; c'est d'ailleurs une fille. Ce sont les tout débuts de l'adolescence (mais il faut savoir que les enfants sont en général hospitalisés à l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul).

Les âges les plus faibles notés sont les suivants :

- au mois de janvier : un garçon de 14 ans ;
- au mois de mai : deux filles âgées respectivement de 13 et 14 ans ;
- au mois de juin : une fille de 14 ans ;
- au mois de décembre : une fille de 14 ans 1/2 ;

soit sur les 628 sujets hospitalisés en 1969, sont retrouvés :

- 1 de 13 ans ;
- 5 de 14 ans ;
- 17 de 15 ans.

Ce sont des chiffres alarmants, qui permettent de dire que sont entrés dans le Service approximativement en moyenne par mois :

- 2 malades âgés de plus de 15 ans (1,9 exactement), soit 3,6 % du nombre total des malades.

Par mois, sont également entrés dans le Service :

- 5,3 sujets âgés de 16 à 18 ans compris, soit 10,1 % du nombre total de malades ;
- 5,7 sujets âgés de 19 à 21 ans compris, soit 10,9 % du total des malades.

Donc, chaque mois, entrent dans le Service en moyenne 13 jeunes, dont l'âge est compris entre 13 et 21 ans (âge moyen de 18 ans).

Tableau IX

13 à 15 ans compris	16 à 18 ans compris	19 à 21 ans compris
1,9	5,3	5,7
3,6 %	10,1 %	10,9 %

- a) Nombre moyen de jeunes en fonction de l'âge, entrant dans le service, par mois
- b) Pourcentage par rapport au nombre total de malades hospitalisés durant l'année 1969

Si l'on considère le tableau récapitulatif des pourcentages en fonction du sexe (*Tableau X*), l'on voit que :

- c'est dans la tranche d'âge 13-15 ans que le pourcentage de sujets féminins est le plus grand : 87 % contre 13 % des sujets masculins ;
- vient ensuite la tranche 19-21 ans, avec 74 % de sujets féminins et 26 % de sujets masculins.

*Tableau X : Pourcentage de jeunes,
en fonction du sexe, dans les trois tranches de vie*

	Jeunes Totaux	13 à 15 ans compris	16 à 18 ans compris	19 à 21 ans compris
Nombre	156	23	64	69
Pourcentage				
- féminin	75 %	87 %	72 %	74 %
- masculin	25 %	13 %	28 %	26 %

EN CONCLUSION

Nous avons relevé 156 jeunes classés depuis l'âge de 13 ans à 21 ans compris. Ils représentent 23,6 % du nombre total de malades hospitalisés à l'unité de psychiatrie durant l'année 1969. Là aussi, nous retrouvons une prédominance de sujets féminins (75 % de filles contre 25 % de garçons) :

- la fréquence des suicides chez les jeunes est plus grande au mois de mars et plus faible au mois de juillet, et cela quel que soit le sexe ;
- leur âge moyen total annuel est de 18 ans, le même pour les deux sexes. Il entre chaque mois dans le Service 13 de ces jeunes, la plus jeune hospitalisée était âgée de 13 ans.

L'on peut conclure, d'après ces chiffres, que toute idée de suicide exprimée par un adolescent doit être prise au sérieux par le médecin et la famille, et d'autant plus qu'il s'agit d'un adolescent très jeune.

C'est dire l'importance d'une information, d'une prévention efficaces, et surtout de la création de centres pour l'orientation et le traitement des adolescents, car souvent ces jeunes passent à l'acte et l'on ne peut présager de l'avenir.

CHAPITRE III

ETUDE COMPARATIVE ENTRE ADULTES ET JEUNES

I. — Nombre des malades

Nous avons vu que le nombre total des malades hospitalisés en un an est de 630, dont 73 % de femmes et 27 % d'hommes.

Le nombre total de jeunes est de 156, dont 75 % de sujets féminins et 25 % de sujets masculins.

Le pourcentage de sujets féminins est donc plus important pour les jeunes.

Les jeunes représentent 10,9 % de la population totale.

Nous assimilons ici la population totale aux « adultes ». C'est une définition approximative (puisque la population totale comprend 10,9 % de jeunes), mais cela permet une étude comparative plus claire entre adultes et jeunes.

- Comparaison des nombres de suicides par mois au cours d'un an chez les adultes et les jeunes

Si l'on compare les deux séries de courbes, on voit que (*Schéma XII*) :

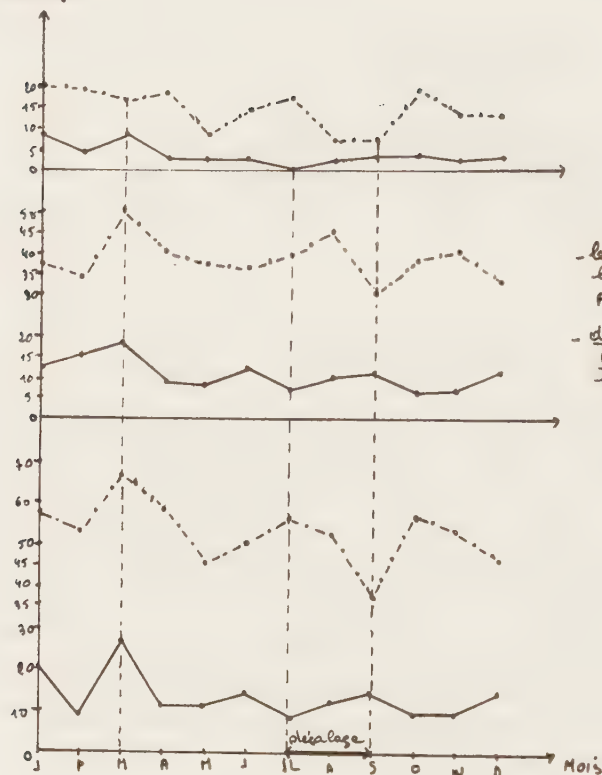
- a) LES PICS MAXIMUM ET MINIMUM coïncident parfaitement chez les jeunes :

— maximum au mois de mars ;

— minimum au mois de juillet ;

et cela quel que soit le sexe.

Nb de Suicides



- la fréquence des Suicides est la plus grande en Mars pour Adultes et Jeunes

- décalage entre Adultes et Jeunes pour la fréquence la plus faible:
 Juillet pour les Jeunes
 Septembre pour les Adultes

Schéma XII : Fréquence des suicides par mois, au cours d'un an.
 Courbes comparatives entre adultes et jeunes

Pour les adultes, le maximum de la courbe des hommes se différencie de celui des deux autres courbes ; cependant les autres pics se superposent :

- pic maximum en mars ;
- pic minimum en septembre.

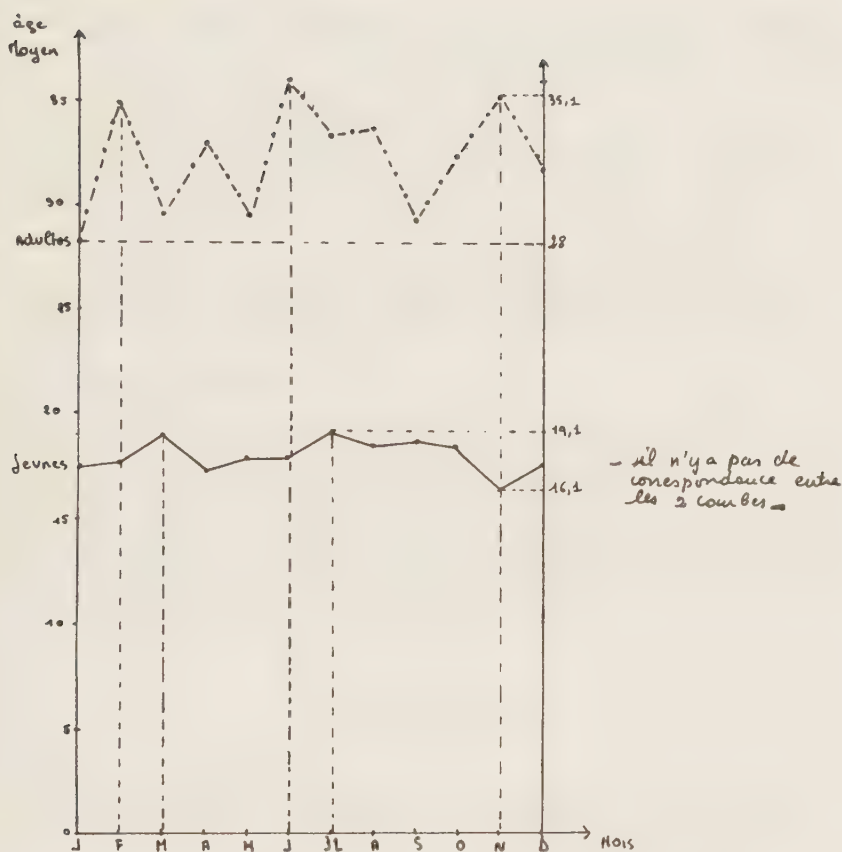


Schéma XIII : Ages moyens des malades par mois, au cours d'un an.
Courbes comparatives entre adultes et jeunes

- b) LE PLUS GRAND NOMBRE DE SUICIDES se situe au mois de mars, dans tous les cas, pour les adultes et les jeunes et selon le sexe : pic maximum au mois de mars retrouvé sur les six courbes :

Mais alors que le nombre le plus faible des suicides se retrouve d'une manière régulière au mois de juillet pour les jeunes, chez les

adultes, il se retrouve au mois de septembre ; *il y a donc ici un décalage entre adultes et jeunes.*

L'on peut donc dire globalement que tous les sujets de la population totale se suicident le plus au mois de mars (les jeunes compris) et que les mois où il y a moins de suicides sont les mois de septembre pour les adultes, juillet pour les jeunes.

Tableau XI : Correspondance entre adultes et jeunes, des maximum et minimum des courbes de la fréquence des suicides, par mois, au cours d'un an

	Adultes			Jeunes		
	F + M	S F	S M	F + M	S F	S M
Max.	Mars	Mars	Janvier	Mars	Mars	Mars
Min.	Septembre Mai	Septembre Mai	Septembre Mai	Juillet	Juillet	Juillet

II. — Age moyen

Pour les adultes, l'âge moyen total est de 32 ans, à peine plus faible pour les femmes :

- 31,7 pour les femmes ;
- 32,8 pour les hommes.

Pour les jeunes, il est de 18 ans et le même pour les deux sexes.

- Courbes de l'âge moyen en fonction du mois. Comparaison entre adultes et jeunes (Schéma XIII)

Là, il n'y a pas de correspondance entre les courbes :

- alors que pour les adultes l'âge moyen le plus élevé se trouve au mois de novembre (35,1), pour les jeunes il se trouve au mois de juillet (19,1) ;

— l'âge moyen le plus faible se retrouve pour les adultes au mois de janvier (28), et pour les jeunes au mois de novembre (16,1).

Au cours de cette étude, nous avons vu que le pourcentage des sujets féminins est plus important que celui des sujets masculins.

Il nous reste à remarquer que le pourcentage des sujets les plus jeunes (13 à 15 ans compris) est plus élevé que celui des plus âgés (plus de 70 ans) : 3,6 % contre 0,9 %.

EN CONCLUSION

Nous constatons que le pourcentage de sujets féminins est le plus important chez les adultes et chez les jeunes.

Alors que la fréquence des suicides la plus grande correspond au même mois de mars pour adultes et jeunes, la plus faible est par contre décalée (septembre pour les adultes, juillet pour les jeunes).

CHAPITRE IV

ETUDE DES RECIDIVES ET DES RECHUTES

- I — NOMBRE
- II — SEXE — AGE
- III — DURÉE DES SÉJOURS
- IV — TOXIQUES
- V — ANTÉCÉDENTS
 - *personnels*
 - *familiaux*
- VI — CONTEXTE FAMILIAL — ENVIRONNEMENT
- VII — VENTILATION — DIAGNOSTIC

Nous avons vu au premier chapitre comment nous nous efforçons d'orienter les suicidants à leur sortie de notre Service (maison de repos simple - milieu psychiatrique - consultation du psychiatre du Service - O.P.H.S. - malades adressés à un psychiatre - « surveillance » par le médecin de famille et par la famille elle-même).

Le problème d'orientation est important, puisqu'il rentre dans le cadre de la prévention des récidives et l'appréciation du risque suicidaire. Nous nous efforçons d'établir un pronostic pour chaque cas, mais il n'existe *pas de critère absolu*, c'est pourquoi l'étude des récidivistes dans une même année est intéressante, car elle permet de confronter pour ces malades notre pronostic à la réalité.

I. — Recherche des récidivistes et des rechutes dépressives

Nous avons recherché le nombre total des malades ayant vécu deux hospitalisations dans la même année 1969 ; ils sont au nombre de 17 sur les 1.030 malades totaux.

Sur ces 17 malades, 5 avaient été réhospitalisés en salle des comas pour des problèmes uniquement somatiques (maladies organiques, problèmes de réanimation) ; 2 sont d'ailleurs décédés ; ces malades-là n'ont donc rien à voir avec les récidivistes.

Le reste comprend 12 malades qui ont été hospitalisés deux fois dans la même année à l'Unité psychiatrique (12 sujets sur les 630 hospitalisés en 1969).

Nous verrons plus loin que, sur ces 12 malades, 4 femmes ne sont pas passées à l'acte une seconde fois, mais ont été hospitalisées directement à l'U.P., soit et surtout parce qu'ils étaient en relation avec le psychiatre du Service par sa consultation, lequel a pu intervenir, soit parce qu'ils sont venus spontanément avant de commettre un suicide, d'où l'importance de fournir une assistance continue.

Bien que n'ayant pas repassé à l'acte, nous intégrons ces 4 femmes tout de même aux récidivistes, car elles présentent les mêmes problèmes que les autres malades, elles ont rechuté, mais elles ont été prises à temps ; c'est une démonstration de l'intérêt que présentent une prophylaxie et une prévention efficaces. Il faut noter également une femme ayant vécu 3 hospitalisations dans la même année (2 récides). Ces réhospitalisés représentent 2,8 % du nombre total des 630 malades hospitalisés à l'U.P.

C'est un pourcentage qui semble faible, mais qui n'a en fait qu'une valeur relative. Restent les autres malades et leur devenir que nous ne connaissons pas.

C'est pourquoi l'étude de ces récidivistes offre plus d'intérêt sur un plan qualitatif.

II. — Sexe et âge des réhospitalisés

Sur ces 12 malades, nous avons relevé :

— 9 sujets de sexe féminin ;

— 3 sujets de sexe masculin ;

(prédominance toujours du sexe féminin).

L'âge de ces rechutes est faible, puisque l'âge moyen total est de 18 ans :

— 23 ans pour la femme ;

— 38 ans pour les hommes.

Là, les femmes sont plus jeunes que les hommes.

L'âge le plus élevé pour les femmes est de 35 ans, pour les hommes de 52 ans. Entrent dans la catégorie des « jeunes » (21 ans compris), 4 sujets féminins, âgés respectivement de 16 - 17 - 18 ans (2 de 18 ans). Ils représentent 2,5 % des 156 jeunes hospitalisés à Lécorché pendant un an et que nous avons étudiés dans un chapitre précédent.

Le reste comprend 5 femmes âgées de 23 - 24 - 26 - 34 - 35 ans.

Quant aux 3 hommes, ils sont âgés respectivement de 23 - 40 - 52 ans.

Tableau XII

	F + M	F	M
Nombre	12	9	3
Age moyen	18 ans	23 ans	38 ans

III. — Durée des deux séjours Temps de latence avant la rechute

Si nous nous référons au *Tableau XIII* où sont mentionnés en jours la durée des deux séjours et le temps de latence avant la

seconde hospitalisation, nous constatons que la durée en moyenne du second séjour est plus brève (12 jours contre 14 jours).

Ce qui peut s'expliquer par le fait que nous connaissons déjà ces malades ; les décisions peuvent être prises plus rapidement.

En fait, la valeur de ces chiffres est un peu faussée en raison de 2 malades dont la seconde hospitalisation s'est chiffrée à 42 et 41 jours (alors que la durée maxima du premier séjour est de 34 jours).

Si l'on ne tient pas compte de ces deux malades, la durée du second séjour apparaît nettement plus brève : 7,2 jours. Il arrive, en effet, qu'il n'y ait pas de place disponible rapidement pour des maisons de repos ou clinique, ce qui explique la longue réhospitalisation de ces deux malades.

Pour deux femmes, la durée du premier séjour a été trop brève, puisque l'une a été réhospitalisée 5 jours après sa sortie (à temps avant qu'elle ne repasse à l'acte).

• Temps de latence

— Les temps de latence les plus longs notés avant le second séjour sont respectivement de 309, 213, 163 jours, soit approximativement en mois : 10, 7 et un peu plus de 5 mois.

— Les temps de latence les plus brefs sont de 5, 15, 23 et 25 jours.

Le reste se situe entre 1 et 3 mois.

Ces chiffres méritent réflexion pour plusieurs raisons :

- tout d'abord, ils soulignent la difficulté d'apprécier « la date de sortie ». Il s'agit d'un « risque suicidaire de récurrence » qu'il faut bien peser pour chaque malade ;
- une hospitalisation trop brève et néfaste ; mais une hospitalisation trop longue l'est également (difficultés de réadaptation à la sortie, complaisance dans le milieu hospitalier, reprise douloureuse des contacts et des problèmes de la vie courante, etc.) ;
- mais surtout, ces chiffres représentent finalement des « chances de survie », et si l'on se réfère par comparaison à certaines

maladies organiques graves telles que les affections cardiaques, cancer, tuberculose..., l'on peut dire que la chance de survie est plus grande (et les rechutes plus lentes dans le temps). C'est hélas ! une notion à laquelle on ne pense jamais assez.

*Tableau XIII : Durée des séjours
et temps de latence avant la récursive. Rechutes*

Sexe	Age	Durée 1er séjour en jours	Latence entre sortie et 2ème séjour	Durée 2ème séjour	2ème séjour avec T.S.
Féminin	35	11	48	5	+
Féminin	23	18	95	10	
Féminin	17	34	23	1	
Masculin	52	21	100	10	+
Féminin	18	21	309	17	
Masculin	40	4	103	7	+
Féminin	26	11	29	2	+
Féminin	24	3	5	8	
Féminin	18	19	212	42	+
Masculin	23	11	25	41	+
Féminin	16	14	163	5	+
Féminin	34	3	15	7	+
Moyenne		14 jours		12 jours	

IV. — Toxiques

Le *Tableau XIV* indique la catégorie de produits médicamenteux employés par ces malades pour passer à l'acte, comparative-ment lors de leur tentative de suicide ; figure également le nombre de malades correspondants (8).

L'on constate que ce sont les antidépresseurs qui sont les plus utilisés pour la seconde tentative de suicide ; cela montre que ces malades étaient soignés par des tranquillisants, barbituriques avant le premier séjour, mais que c'était un traitement insuffisant :

ils étaient déprimés — ils sont passés à l'acte — et nous revenons toujours au problème de la prévention, le médicament n'est donc pas tout.

Tableau XIV

Produits médicamenteux	Nombre de malades 1ère T. S.	Nombre de malades 2ème T. S.
Tranquillisants	3	1
Antidépresseurs	1	5 ++
Barbituriques	6	2
Neuroleptiques	1	
Trichloréthylène	1	

Il est ressorti des « entretiens » avec ces malades (et cela n'est pas seulement valable pour les récidivistes !) qu'ils ingèrent en général les « médicaments » qu'ils ont sous la main.

Il en ressort la difficulté de prescrire des antidépresseurs en ambulatoire, sans une « surveillance étroite ». Ce sont des médicaments dangereux (certaines boîtes ont un dosage total supérieur à la dose toxique) qui ne doivent être prescrits que par des médecins compétents, habitués à les manier.

V. — Antécédents

1) ANTECEDENTS PERSONNELS

A) Antécédents de T.S.

Parmi les 12 rechutes dénombrées (dont nous rappelons que 4 ont été réhospitalisés sans être repassés à l'acte, mais ils avaient tout de même rechuté), nous avons recherché les antécédents suicidaires présentés avant la première hospitalisation.

Cinq de ces malades avaient déjà fait une tentative de suicide :

- chez 2 malades, elles étaient passées inaperçues au sein de la famille ;
- chez les 3 autres, leur état avait nécessité une hospitalisation ;
- une malade avait déjà fait deux tentatives ;

si bien qu'au cours de la seconde hospitalisation :

- 3 malades en étaient à leur troisième tentative :
 - une jeune fille de 18 ans ;
 - un jeune homme de 23 ans ;
 - un homme de 52 ans ;
- 6 en étaient à leur deuxième tentative, dont 5 sujets féminins âgés respectivement de 16 - 18 - 23 - 34 - 35 ans, et un homme de 40 ans ;
- une jeune fille de 26 ans en était à sa cinquième tentative. C'est la seule qui ait fait deux récurrences en un an, soit 3 hospitalisations en 1969.

B) Age de la première tentative

Si l'on étudie l'âge de la première tentative comparativement à l'âge de la première hospitalisation, l'on voit que (*Tableau XV*) :

- 2 hommes ont rechuté un an après leur première tentative ;
- 2 jeunes filles deux ans après ;
- 1 jeune fille quatre ans après ;
- une autre six ans après la première tentative.

Tableau XV

Sexe	Age	Age	Temps de latence entre les deux
	1ère hospitalisation	1ère T.S.	
Féminin	18	16	2 ans
Féminin	18	16 ½	2 ans ½
Féminin	23	19	4 ans
Masculin	23	22	1 an
Féminin	26	20	6 ans
Masculin	52	51	1 an

Ces chiffres concernent les 6 malades ayant déjà fait une tentative avant leur première hospitalisation dans le Service.

Si l'on considère globalement l'âge de la première tentative de ces 12 malades, on constate que :

- 6 sujets féminins entrent dans la catégorie des « jeunes » avec respectivement :
 - 3 de 16 ans ;
 - 1 de 17 ans ;
 - 1 de 19 ans ;
 - 1 de 20 ans ;
- vient ensuite un jeune homme de 22 ans ;
- puis 3 jeunes femmes âgées de 24 - 34 et 35 ans ;
- 2 hommes âgés de 40 et 51 ans.

L'on peut dire que les filles débutent leur tentative plus tôt que les garçons : 16 ans (contre 22) et en plus grand nombre.

Les autres antécédents personnels retrouvés avant la première hospitalisation se répartissent de la manière suivante (est mentionné en chiffres le nombre de ces malades ayant présenté ces antécédents) :

— Séjour en milieu psychiatrique	4
— Suivis par un psychiatre	2
— Symptômes névrotiques	6
— Déprimés	2
— Idées perverses depuis l'enfance	2
— Troubles caractériels	2
— Toxicomanie aux barbituriques	1
— Influencé par un suicide	1
— Alcoolisme	1
— Problèmes conjugaux	3
— Enceinte	1
— Lupus érythémateux disséminé	2

(Rappelons que 5 malades avaient déjà fait une tentative ; 1 malade, 2 tentatives.)

2) ANTECEDENTS FAMILIAUX PSYCHIATRIQUES

Ils ne concernent que 4 malades se répartissant de la manière suivante :

- une jeune fille de 16 ans dont la sœur âgée de 17 ans avait fait un séjour en milieu psychiatrique ;
- une jeune fille de 18 ans, dont le père présentait un état maniaco-dépressif ;
- une jeune fille de 23 ans dont la mère avait déjà fait plusieurs tentatives de suicide ;
- une jeune femme de 24 ans dont le mari présentait des troubles psychiatriques non définis.

VI. — Contexte familial et environnement

Si l'on considère l'état matrimonial de ces malades, on trouve :

- une femme divorcée ;
- 3 femmes mariées avec des problèmes conjugaux ;
- 8 célibataires.

Le nombre élevé des célibataires s'explique par l'âge jeune de ces récidivistes.

Nous avons constaté également que, chez 8 de ces malades, se retrouvait un manque de père. Ils se répartissent de la manière suivante :

- père décédé : 4 ;
- parents séparés : 2 ;
- père inconnu : 1 ;
- abandonnée à l'âge de 2 ans : une.

Nous avons établi également la liste des professions de ces malades :

- lycéennes étudiantes : 4 ;
- sténo-dactylos : 3 ;
- employée de maison : une ;
- 1 homme livreur ;
- 1 homme employé à la R.A.T.P. ;

- 1 homme sans travail ;
- 1 femme sans profession.

On relève donc ici un pourcentage plus important de tentative de suicide chez les jeunes poursuivant les études et chez les sténo-dactylos.

VII. — Ventilation — Diagnostic

Que sont devenus ces malades à leur première sortie :

- 2 sont allés en maison de repos (avec un rendez-vous pour la consultation du psychiatre du service à leur retour) ;
- 1 a été hospitalisée en milieu psychiatrique ;
- 6 sont retournés chez eux, mais suivis par le psychiatre du Service en consultation ;
- 2, dont une jeune fille et un jeune homme, sont retournés chez leurs parents, mais suivis par un psychiatre ;
- 1 femme a été hospitalisée dans un Service hospitalier pour une affection organique ancienne.

Il est à noter que les 6 malades qui devaient revenir voir le psychiatre du Service en consultation sont tous revenus (ce qui a permis à 4 d'entre elles de ne pas repasser à l'acte, mais d'être réhospitalisées avant).

Si l'on considère maintenant le devenir de ces malades à leur seconde sortie, on constate que les 6 malades, déjà suivis par le psychiatre du Service à leur première sortie, sont retournés chez eux (sauf une en maison de repos, mais toujours en contact avec ce même psychiatre) :

- 5 ont été transférés directement en milieu psychiatrique ;
- 1 a été suivi en O.P.H.S.

On voit qu'un seul transfert en milieu psychiatrique avait été opéré lors de la première sortie, mais 5 à la seconde sortie, ce qui montre une aggravation de l'état et de l'évolution de ces malades.

Ces constatations s'intriquent avec les problèmes diagnostiques et il est en effet parfois difficile de faire un diagnostic infaillible.

Nous avons tenté de classer ces 12 malades selon leur symptomatologie, ce qui nous donne :

- dépression névrotique : 4 (dont 2 avec traits hystériques);
- perverse : 1 ;
- névrose obsessionnelle : 1 ;
- toxicomanie aux barbituriques : 1 ;
- schizophrénie : 2 ;
- mélancolie : 1.

Restent 2 femmes présentant des problèmes conjugo-sociaux.

Toute cette étude est résumée schématiquement dans le *Tableau XVI*.

EN CONCLUSION

Nous venons de voir 12 récidivistes en un an à l'U.P. Ils représentent 2,8 % du nombre total des malades, 2,5 % du nombre total de jeunes. Leur âge est jeune : 18 ans en moyenne ; la plus jeune avait 16 ans, c'était sa deuxième tentative. Nous avons encore retrouvé ici la prédominance des sujets féminins.

Chez tous ces « récidivistes », nous avons découvert des antécédents : soit des tentatives de suicide (6 d'entre eux); soit une symptomatologie psychotique (3 malades seulement); soit une symptomatologie névrotique (pour la plus grande partie d'entre eux); enfin soit une carence familiale (père décédé, inconnu, parents séparés).

Cinq transferts en Service spécialisé ont été effectués lors du second séjour au lieu d'un seul à la première hospitalisation.

C'est dire l'importance de fournir à tout suicidant une assistance continue à leur sortie de l'hôpital et cela d'autant plus que les sujets sont plus jeunes.

SEXE	Age	Age de la 1 ^{re} T.S.	nb. de T.S. avant 1 ^{er} Séjour	T.S. passés inaperçus	2 ^e Séjour avec T.S.	Sans T.S.	Nb Total de T.S. au 2 ^e Séjour	antécédents en 1 ^{er} lieu p.	autres antécédents.	parents séparés	père divorcé	Suivi par un p. (en dehors d'un parent)		
lycéenne	O+	16	16	0	0	+	0	2	0 1 Sœur +	Troubles Caract. prostitution Drogue	0	+	+	(à gans)
dactylo	O+	17	17	0	0	0	+	1	0	deprimée depuis 1 an	+	0	0	
étudiant	O+	18	16	1 → 1	0	+	2	0	idées perverses depuis l'âge de 8 ans	0	0	0		
lycéenne	O+	18	16½	1	0	+	0	3	+	deprimée L.E.D.	+	0	0	
dactylo	O+	19	19	1 → 1	0	+	2	0	père + (Hémiparalysé) mère +	enceinte 3 mois	0 père: fumeur	0	0	
sans Travail	O→	23	22	1	0	+	0	3	+	Symptômes neurotiques	0	+	0	
licence droit	O+	24	24	0	0	0	+	1	0	troubles caractériels problèmes Conjug.	0	+	0	
employée maison	O+	26	20	2	0	++ 3 séjours	0	5	+++	abandonnée à 2 ans.	-	-	0	
sans profession	O+	34	34	0	0	+	0	2	0	L.E.D. probl. Conjug. Sentimentaux.	0	0	+	
dactylo	O+	35	35	0	0	+	0	2	0	Toxicomanie aux barbituriques	0	+	0	
A.T.P.	O→	40	40	0	0	+	0	2	0	névrose obsessionnelle	père	inconnu	0	
livreuse	O→	52	51	1	0	+	0	3	+++	alcoolisme	0	0	0	

« Rechutes ». Récapitulation.

CONCLUSIONS

Nous avons effectué une étude épidémiologique de suicides à partir de 630 dossiers des malades hospitalisés en 1969 pour une intoxication volontaire grave, à la Clinique toxicologique de l'Hôpital Fernand-Widal du Professeur M. Gaultier, et transférés dans l'Unité psychiatrique située après la réanimation.

Nous avons apporté les réflexions suivantes :

- le pourcentage des femmes est plus important que celui des hommes, que ce soit chez les adultes, chez les jeunes, chez les récidivistes ;
- la fréquence des suicides est plus grande au début du printemps, en été ; elle est plus faible au début de l'hiver ;
- l'âge moyen de ces malades est jeune : 32 ans pour les adultes, 18 ans pour les « jeunes ». Certains commencent très tôt ; la plus jeune hospitalisée était âgée de 13 ans ;
- c'est parmi les jeunes que l'on trouve le plus de récidivistes : 8 récidivistes en un an, dont 4 âgées de 16, 18, 23 et 26 ans ; 4 rechutes prises à temps par le psychiatre de l'Unité psychiatrique avant que ces malades ne repassent à l'acte. Soulignons encore l'importance de fournir à tout suicidant une assistance continuelle ; tous ces malades nous ont posé des problèmes d'orientation à leur sortie de notre Service.

De cette étude statistique ressortent plusieurs notions :

- le nombre de suicidants recensés ici est important, mais il ne concerne qu'un seul Service, parisien évidemment, spé-

cialisé. Il faudrait, pour montrer l'ampleur du problème, pouvoir recenser le nombre de suicidants hospitalisés dans tous les hôpitaux, et nous n'aurions encore qu'une idée approximative étant donné le nombre de suicides méconnus et cachés, et « l'illusion statistique » (Porot);

- le problème du suicide est un problème méconnu qui mériterait *une information* à la hauteur de sa gravité, et contre lequel il faudrait *lutter* efficacement par *des mesures préventives* : à tous les niveaux, avant, pendant et après la crise suicidaire.

Il faudrait en effet :

- UNE INFORMATION LARGE AU NIVEAU DES MÉDECINS DE MÉDECINE GÉNÉRALE.

Ils occupent une position privilégiée au sein d'une famille.

Ils sont souvent « démunis » devant les problèmes psychologiques qui leur sont soumis, car leur capacité dans ce domaine est pauvre, en raison d'une formation et d'un enseignement médical qu'ils ont reçus et qui sont insuffisants. Il leur est parfois difficile de distinguer un « appel » ; certains en minimisent la signification.

De plus, ils disposent d'un *arsenal médicamenteux dangereux* que l'on doit savoir manier avec prudence.

Mais il faut souligner à leur décharge, *le manque de liaison* existant :

- entre les différents services hospitaliers, qu'ils soient spécialisés ou non et le médecin de médecine générale ;
- entre psychiatres et médecins de médecine générale ;
- entre médecins et assistantes sociales.

Le nombre des psychiatres est insuffisant, et cela surtout en province. Bien souvent, le médecin de médecine générale essaie de joindre le ou les psychiatres les plus proches pour leur adresser les malades qui les inquiètent. Les psychiatres sont alors « débordés » et, quand il faut hospitaliser, le problème est encore plus difficile.

Ce même contexte empêche également des contacts entre psychiatres et médecins, contacts qui bien souvent ne se réduisent qu'à un échange de lettres.

- Il faudrait également UNE INFORMATION LARGE AU NIVEAU DU PUBLIC : information qu'il serait facile de faire en raison des moyens de diffusion dont nous disposons à l'heure actuelle (presse, radio, télévision, et pourquoi pas affiches!).

- Il faudrait également DES CENTRES DE PRÉVENTION SPÉCIALISÉS susceptibles de répondre à des appels jour et nuit, répartis dans différentes villes de province, bien coordonnés entre eux et les différents pays. Il en existe 150 aux Etats-Unis.

Depuis deux ans a été créé à Paris (Hôpital Fernand-Widal) et à Lyon, *un groupement de prévention et d'étude du suicide* ; c'est le seul en Europe ; le deuxième dans le monde. Puisse-t-il être suivi.

Vu, le Doyen :
BERNIER

Vu, le Président de Thèse :
GAULTIER

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
R. MALLET

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C.^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1970
